

Localizador web
03-068

Pérola fotográfica no preenchimento labial

Photographic Pearl in the Labial Filling

A documentação fotográfica em Dermatologia é quase uma obrigatoriedade quando realizamos procedimentos cirúrgicos e estéticos. Fotografar é uma atitude correta perante o ato em si. Como documento deve ser fiel e verdadeiro e, para tal devemos seguir algumas normas como equipamentos, posição do paciente, luminosidade, entre outros. Contudo, mesmo respeitando as normas de uma boa documentação fotográfica, devemos estar atentos a algumas situações que podem comprometer a adequada avaliação do procedimento; e este é o objetivo deste comentário.

O paciente não deve ser fotografado com objetos ou elementos que possam colocar em dúvida o procedimento como por exemplo, acessórios de beleza e maquiagem. Este discreto cuidado poderá ser de grande valia. Quando fotografamos o paciente no pré-operatório de um procedimento relativamente simples como preenchimento ou aplicação de toxina botulínica devemos nos ater em eliminar todos esses elementos que podem conduzir a má-fé do paciente. Não é incomum o profissional fotografar o pré-operatório do paciente como ele chega no consultório, para depois realizar a limpeza/anti-sepsia da pele bem como retirar os adereços do paciente. O correto é o contrário, isto é, preparar o paciente antes e depois fotografar o pré-operatório.

Comento uma paciente que foi submetida a um preenchimento do lábio superior com ácido hialurônico. Observe a figura 1, que representa o pré-operatório sem a retirada da maquiagem e a figura 2 após a limpeza da pele. Existe uma mudança nítida. A figura 3 mostra o pós-operatório imediato. Caso o profissional tivesse apenas a figura 1 como documentação prévia, talvez teria algum problema com o paciente quanto as expectativas estéticas, pois o paciente facilmente esquece sua imagem anterior. No presente caso, a maquiagem labial dava



Figura 1. Pré-operatório de preenchimento labial sem a retirada da maquiagem.



Figura 2. Pré-operatório de preenchimento labial com a retirada da maquiagem.

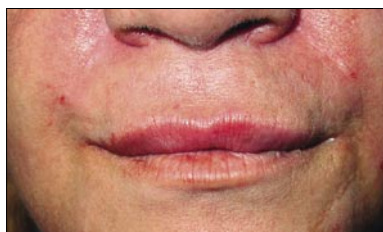


Figura 3. Pós-operatório imediato.

uma falsa impressão de um lábio mais volumoso e bem contornado. Assim, vale ressaltar que quando há comprometimento do relacionamento médico-paciente decorrido de expectativas estéticas não atendidas, a correta documentação fotográfica torna-se um importante meio de defesa do profissional.

Maurício Zanini,

Carlos d'Apparecida Machado Filho

Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina da FuABC, Santo André. São Paulo. Brasil.

Correspondência:

Maurício Zanini
Rua Vicente de Carvalho, 198
Santo André. SP 09060-590. Brasil
e-mail: drzanini@terra.com.br

Referência

1. Leite FEM. Documentação fotográfica em cirurgia dermatológica. Em: Gadelha AR, Costa IZC. Cirurgia dermatológica em consultório, 1ª ed., São Paulo: Atheneu editora, 2002:13-26.

Localizador web
03-016

Considerações sobre o Nevo de Sutton

Nevus of Sutton

Em 1916, Sutton[1] descreveu uma nova entidade chamada "leukoderma acquisitum"; tratava-se de Nevo melanocítico pigmentar envolvido por halo acrômico. Passou a ser conhecido com as designações de Nevo de Sutton, Halo nevus e Viligo perinévio. Esta mesma doença havia sido anteriormente retratada, sem nenhuma designação, conforme descrita por Borroni e Vuignado[2] que observaram em uma pintura (Wandelatar, 1512-1516) de Mathias Grünewald (nascido em 1460 e falecido em 1528), inúmeros nevos melanocíticos cercados por acromia. Esses autores sugeriram que essa dermatose mereceria o nome de Nevo de Sutton-Grünewald. Os

mesmos autores chamam ainda a atenção para o livro de Hebra e Kaposi (1872), no qual os autores descreveram o "*leukoderma acquisitum*".

Em 1971, Meyersan[3] verificou em torno de nevos melanocíticos, um processo inflamatório eritemato-escamoso, pruriginoso. Esse novo quadro recebeu o nome de Nevo de Meyerson.

Outras doenças melanocíticas pigmentadas (ou lesões neuroectodérmicas benignas ou malignas) foram descritas como passíveis de desenvolverem halo acrômico periférico como nevo neuróide, nevo azul, nevo de Spitz e melanoma maligno[4]. Também doenças pigmentadas não melanocíticas como Ceratose seborréica[5] podem desenvolver halo acrômico.

Aspectos clínicos gerais do Nevo de Sutton

Basearemos, fundamentalmente, este estudo no trabalho de Wayte et al.[6] que examinaram 100 pacientes com a exérese cirúrgica de 108 lesões. De início, chama-se a atenção para o fato de sete pacientes apresentarem, além do Nevo de Sutton, áreas de acromia com 1 a 2 cm, sem nevo central. Estes pacientes não apresentam sintomatologia geral, mas apenas a alteração local que ocorre predominantemente em crianças e adultos jovens. A maioria dos pacientes revela a presença de nevo melanocítico, alguns anos antes do aparecimento do halo acrômico e, que após cerca de 1 ano, ocorria o desaparecimento do nevo melanocítico. Houve predominância nos homens (66%) com idade entre 5 e 50 anos, enquanto que nas mulheres, a idade do aparecimento do halo acrômico foi de 8 a 40 anos. A média foi de 17 anos para os homens e 18 para as mulheres. Todos os pacientes eram caucasianos. O aparecimento familiar ocorreu em apenas dois casos. A localização mais freqüente foi no tronco, sobretudo na região dorsal. Em relação ao número de lesões, verificaram apenas uma lesão em 74 dentre 100 pacientes; nos demais, o número variou entre 2 a 8 nevos.

O aspecto morfológico clínico na fase inicial apresenta-se como eritema em lesão pigmentada melanocítica, sendo seguido por acromia periférica, em halo, o qual

aumenta progressivamente de tamanho. Após um período variável, cerca de um ano, ocorre o desaparecimento da lesão pigmentada central de forma gradual, deixando área acrômica circunscrita, sem alteração de relevo. Esta, com o passar dos anos, pode eventualmente repigmentar de forma parcial ou integral, em alguns indivíduos.

Histopatologia

O diagnóstico do Nevo de Sutton é eminentemente clínico. Entretanto, casos há em que a histopatologia tem, também, características que permitem o diagnóstico[7]. O tipo histológico do nevo melanocítico é definido pelo tipo do melanócito que proliferou e sua disposição na epiderme e/ou derme, podendo em sua maioria ser um nevo melanocítico composto, e, em menor freqüência, nevo juncional, nevo intradérmico, nevo azul ou nevo de Spitz.

Na fase inicial, encontra-se denso infiltrado inflamatório linfocitário em faixa, entremeando as células névicas melanocíticas, as quais podem apresentar atipias nucleares como cariomegalia e macronúcleolos. Na fase intermediária, observa-se extensão do exsudato inflamatório, além da área de proliferação melanocítica, acompanhada por redução da população melanocítica névica. Na fase tardia, habitualmente, observam-se freqüentes melanófagos com diminuição do exsudato linfocitário e rarefação dos melanócitos do nevo pré-existente e da epiderme circunjacente. As lesões antigas podem estar representadas por área de rarefação ou ausência de melanócitos da epiderme com ausência de pigmento melânico dos ceratinócitos, fenômeno facilmente evidenciável pela coloração do Fontana-Masson que demonstra o pigmento presente nos ceratinócitos sem contudo corar o melanócito. Também na fase tardia, fibroplasia, telangiectasia, esparsos agregados linfocitários e alguns melanófagos são achados freqüentes.

Como o melanoma maligno, também, pode apresentar fenômeno de halo acrômico periférico, torna-se importante o diagnóstico diferencial com nevo halo, tanto sob o aspecto morfológico clínico como histológico. Lesões pigmentadas com halo acrômico em indivíduos acima

de 35 anos devem ser excisadas, devido a maior possibilidade de trata-se de melanoma maligno. Histologicamente, o nevo halo apresenta aspecto simétrico, tanto na distribuição dos melanócitos proliferados como no infiltrado inflamatório linfocítico reacional. Atipias celulares podem estar presentes em ambos, embora sejam mais comuns no melanoma maligno.

É interessante relatar que às vezes, impõe-se o uso da técnica imunohistoquímica com o uso do anticorpo da proteína S-100, elemento útil para identificar células névicas em meio do infiltrado inflamatório.

Aspectos imunológicos

Copelman et al.[8] referem que os nevos melanocíticos regridem espontaneamente com a idade; na infância e sobretudo na adolescência, o número de nevos melanocíticos é elevado; nos adultos, nevos melanocíticos com halo acrômico periférico são raros e muito raramente são múltiplos. O nevo melanocítico é portanto, uma lesão que pode cicatrizar espontaneamente. Vários fatores têm sido usados para explicar esse fenômeno. Por outro lado, pela técnica da imunofluorescência, foram encontrados dois tipos de antígeno na célula do melanoma: o do citoplasma e o da membrana; nos melanomas localizados está presente a positividade da reação contra o antígeno citoplasmático. Essa reação contra o antígeno citoplasmático da célula do melanoma é positiva no nevo de Sutton, o que leva ao desaparecimento do nevo melanocítico, porém, com persistência da área acrômica. Essa reação anticitoplasmática não é observada em outras dermatoses pigmentares. Além disso, com o desaparecimento do nevo de Sutton, esse anticorpo não é mais identificado.

Relações entre Nevo de Sutton e vitiligo

Segundo Copelman et al.[8] há dois tipos de vitiligo: o comum com manchas acrômicas, preferentemente nos membros, e outro associado especificamente ao nevo de Sutton. É interessante ressaltar que, por exceção, o vitiligo peri-névico pode surgir antes do nevo.

É verdade, também, que segundo Allen[9] o desaparecimento do Nevo de Sutton se faz à custa de intenso infiltrado linfocitário acompanhado de plasmócitos e histiócitos. Kopf et al.[5] descreveram um caso de melanoma metastático, inclusive com metástase na pituitária no qual houve formação de hipopigmentação atribuída à diminuição da produção do hormônio estimulador do melanócito.

Berriere et al.[10] verificaram, em 29 casos de 500 melanomas, a despigmentação na cicatriz da excisão desses melanomas. Observaram, também, em dois pacientes com melanoma, que essa despigmentação ocorreu antes da excisão dos mesmos.

**Rubem David Azulay,
Elton Almeida Lucas**

Instituto de Dermatologia.
Santa Casa da Misericórdia. Rio de Janeiro.
Departamento de Patologia.
Universidade Federal.
Espírito Santo. Brasil.

Correspondência:

Rubem David Azulay
Av. Atlântica, 3.130 apt. 701 – Copacabana
22070-000 – Rio de Janeiro. Brasil
Fax: (+55) 48 212-521-9445
e-mail: azulay@openlink.com.br

Bibliografia

1. Sutton RL. An unusual variety of Vitiligo (Leukoderma acquisitum centrifugum): Report of two cases. *J Cutan Dis* 1916; 34:497.
2. Borroni G & Vignati G. Should Sutton Nevus really be called Grünewald-Sutton Nevus? *Am J Dermatopathol* 1993; 15: 506-8.
3. Meyerson LB. A peculiar papulosuamous eruption involving pigmented nevi. *Arch Dermatol* 1971; 103: 510-2.
4. Kopf AW, Morrill SK, Silberberg I. Broad spectrum of leukoderma acquisitum centrifugum. *Arch Dermatol* 1965; 92: 14-34.
5. Kikuchi I, Inone S, Ogata K, Idemori M. Disappearance of a nevocellular nevus with depigmentation. *Arch Dermatol* 1984; 120:678-9.
6. Wayte DM & Helwig EB. Halo nevi. *Cancer* 1968; 22: 69.
7. Ackerman AB et al. *Pitfalls in Histopathologic Diagnosis of Malignant Melanoma*. USA: Lea & Febiger, 1944. Pag. 194.
8. Copelman PWM, Bleehen, Lewis MG. Biology and immunology of vitiligo and malignant melanoma. In: *Recent Advances in Dermatology*. Rook, Churchill Livingstone.
9. Allen FP. Malignant melanoma, spontaneous regression after pregnancy. *Brit Med J* 1955; 2: 1067.
10. Berriere P, Litoux MLL, Bureau JF, Stalder BD. Achromies cutanées et Mélanome malin. *Ann Dermatol Venereol* 1984; 111: 991-6.